

障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア(医師用)

医療的ケア判定スコアは、医療的ケアを必要とする者が障害福祉サービス等(通所サービスや(短期)入所施設等)を利用するにあたり、どの程度の看護職員の配置を必要とするか等を判断するためのスコアです。

申請者記入欄

| | | | | |
|---------|----------------------|-------------|-------------|-----|
| 申請者氏名 | (ふりがな) ----- | 住所 | 〒 | — |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳) | | 連絡先 電話番号 | () |
| 児童氏名(※) | (ふりがな) ----- | 医療機関 所在地 | 〒 | — |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳) | | 連絡先 電話番号 | () |

※ 判定を受ける人が18歳以上の場合は申請者氏名に本人の名前を記載し、児童氏名は空欄にしてください。
 ※ 判定を受ける人が18歳未満の場合は申請者氏名に保護者の名前を記載し、判定を受ける人の名前は児童氏名欄に記載してください(保護者の方の生年月日は空欄でも構いません)。

医師記入欄

| | | | | |
|-------|-----------------|-------------|---|---|
| 医師氏名 | (ふりがな) ----- | 医療機関 所在地 | 〒 | — |
| 医療機関名 | | 連絡先 電話番号 | | |

NICU等から退院した児童の保護者の負担軽減の必要性 有 無

※ NICU等から退院して間もない(若しくは退院する予定の)児童の場合に限りチェックを付けてください。

※ 在宅における児童の養育に係る負担が著しく、ホームヘルパーやショートステイ等の必要性があると思われる場合に「有」に○を付けてください。そうでない場合は「無」に○を付けてください。

裏面の医療的ケア判定スコア 記載要領

【基本スコア】

申請者が日中及び夜間※においてそれぞれ必要とする医療的ケア(診療の補助行為)について、該当する行為に☑を付けてください。

※ 「日中」とは障害児者が通所サービス事業所を利用する時間帯(朝～夕方)、「夜間」とは障害児者が(短期)入所施設を利用する深夜帯を含めた全時間帯を指します。

【見守りスコア】

いわゆる「動ける医療的ケア児者」が、自発運動等により装着されている医療機器の作動等を妨げる可能性があるかどうかを評価します。該当する医療的ケアがある場合に、見守りスコアの基準(目安)を参考に該当する見守りの程度のうちいずれか一つに☑を付けてください。

障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコア(医師用)

| 医療的ケア(診療の補助行為) | 基本スコア | | 基本スコア | 見守りスコア | | | 見守りスコアの基準(目安) | | |
|--|--|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|----------------------------------|-------------|
| | 日中 | 夜間 | | 高 | 中 | 低 | 見守り高の場合 | 見守り中の場合 | 見守り低の場合(0点) |
| 1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注)人工呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。 | <input type="checkbox"/> | | 10点 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発呼吸がない等のために人工呼吸器除去等の人工呼吸器トラブルに対して直ちに 対応する必要がある場合(2点) | 直ちにはないがおおむね15分以内に対応する必要がある場合(1点) | それ以外の場合 |
| 2 気管切開の管理 注)人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。 (人工呼吸器10点+人工呼吸器見守り○点+気管切開8点) | <input type="checkbox"/> | | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ除去に対して直ちに 対応する必要がある場合(2点) | | それ以外の場合 |
| 3 鼻咽頭エアウェイの管理 | <input type="checkbox"/> | | 5点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 上気道狭窄が著明なためにエアウェイ除去に対して直ちに 対応する必要がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 4 酸素療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 酸素投与中止にて短時間のうちに健康及び患者の生命に対して悪影響が もたらされる場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 5 吸引(口鼻腔・気管内吸引) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により吸引の実施が困難な場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 6 ネブライザーの管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点 | / | | | | | |
| 7 経管栄養 | (1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、 食道瘻 | <input type="checkbox"/> | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により栄養管を抜去する/損傷させる可能性がある場合(2点) | | それ以外の場合 |
| | (2) 持続経管注入ポンプ使用 | <input type="checkbox"/> | 3点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により注入ポンプを倒す可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など) | <input type="checkbox"/> | | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により中心静脈カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点) | | それ以外の場合 |
| 9 皮下注射 注)いずれか一つを選択 | (1) 皮下注射(インスリン、麻薬など) | <input type="checkbox"/> | 5点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点) | | それ以外の場合 |
| | (2) 持続皮下注射ポンプ使用 | <input type="checkbox"/> | 3点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により持続皮下注射ポンプを抜去する可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 10 血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む) 注)インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を 加点しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 血糖測定とその後の対応が頻回に必要な可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む) | <input type="checkbox"/> | | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により透析カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点) | | それ以外の場合 |
| 12 導尿 注)いずれか一つを選択 | (1) 利用時間中の間欠的導尿 | <input type="checkbox"/> | 5点 | / | | | | | |
| | (2) 持続的導尿(尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎 瘻、尿路ストーマ) | <input type="checkbox"/> | 3点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により持続的導尿カテーテルを抜去する可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 13 排便管理 注)いずれか一つを選択 | (1) 消化管ストーマ | <input type="checkbox"/> | 5点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により消化管ストーマを抜去する可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| | (2) 摘便、洗腸 | <input type="checkbox"/> | 5点 | / | | | | | |
| | (3) 洗腸 | <input type="checkbox"/> | 3点 | / | | | | | |
| 14 痙攣時の 坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 | <input type="checkbox"/> | | 3点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 痙攣が10分以上重積する可能性や短時間のうちに何度も繰り返す可能性が 高い場合(2点) | | それ以外の場合 |

(a)基本スコア合計

| | |
|------|------|
| <日中> | <夜間> |
|------|------|

(b)見守りスコア合計

| |
|--|
| |
|--|

(a)+(b)判定スコア

| |
|------|
| <日中> |
|------|

(a)+(b)判定スコア

| |
|------|
| <夜間> |
|------|

障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア(医師用)

医療的ケア判定スコアは、医療的ケアを必要とする者が障害福祉サービス等(通所サービスや(短期)入所施設等)を利用するにあたり、どの程度の看護職員の配置を必要とするか等を判断するためのスコアです。

申請者記入欄

| | | | |
|---------|--|--|----------|
| 申請者氏名 | (ふりがな) ----- | 住所 | 〒 — |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳) | 連絡先 電話番号 | () |
| 児童氏名(※) | (ふりがな) ----- | ※ 判定を受ける人が18歳以上の場合は申請者氏名に本人の名前を記載し、児童氏名は空欄にしてください。 ※ 判定を受ける人が18歳未満の場合は申請者氏名に保護者の名前を記載し、判定を受ける人の名前は児童氏名欄に記載してください(保護者の方の生年月日は空欄でも構いません)。 | |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳) | | |

医師記入欄

| | | | |
|---|-----------------|--|----------|
| 医師氏名 | (ふりがな) ----- | 医療機関 住所地 | 〒 — |
| 医療機関名 | | 連絡先 電話番号 | |
| NICU等から退院した児童の保護者の負担軽減の必要性 | 有 ・ 無 | ※ 在宅における児童の養育に係る負担が著しく、ホームヘルパーやショートステイ等の必要性があると思われる場合に「有」に○を付けてください。そうでない場合は「無」に○を付けてください。 | |
| ※ NICU等から退院して間もない(若しくは退院する予定の)児童の場合に限りチェックを付けてください。 | | | |

裏面の医療的ケア判定スコア

NICU等から退院した障害児の居宅介護や短期入所等の支給決定の要否等を勘案する際の資料としてご活用ください。

【基本スコア】

申請者が日中及び夜間※においてそれぞれ必要とする医療的ケア(診療の補助行為)について、該当する行為に☑を付けてください。

※ 「日中」とは障害児者が通所サービス事業所を利用する時間帯(朝～夕方)、「夜間」とは障害児者が(短期)入所施設を利用する深夜帯を含めた全時間帯を指します。

【見守りスコア】

いわゆる「動ける医療的ケア児者」が、自発運動等により装着されている医療機器の作動等を妨げる可能性があるかどうかを評価します。該当する医療的ケアがある場合に、見守りスコアの基準(目安)を参考に該当する見守りの程度のうちいずれか一つに☑を付けてください。

障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコア(医師用)

| 医療的ケア(診療の補助行為) | 基本スコア | | 基本スコア | 見守りスコア | | | 見守りスコアの基準(目安) | | |
|--|--|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|----------------------------------|-------------|
| | 日中 | 夜間 | | 高 | 中 | 低 | 見守り高の場合 | 見守り中の場合 | 見守り低の場合(0点) |
| 1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注)人工呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。 | <input type="checkbox"/> | | 10点 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自発呼吸がない等のために人工呼吸器除去等の人工呼吸器トラブルに対して直ちに 対応する必要がある場合(2点) | 直ちにはないがおおむね15分以内に対応する必要がある場合(1点) | それ以外の場合 |
| 2 気管切開の管理 注)人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。 (人工呼吸器10点+人工呼吸器見守り○点+気管切開8点) | <input type="checkbox"/> | | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ除去に対して直ちに 対応する必要がある場合(2点) | | それ以外の場合 |
| 3 鼻咽頭エアウェイの管理 | <input type="checkbox"/> | | 5点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 上気道狭窄が著明なためにエアウェイ除去に対して直ちに 対応する必要がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 4 酸素療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 酸素投与中止にて短時間のうちに健康及び患者の生命に対して悪影響が もたらされる場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 5 吸引(口鼻腔・気管内吸引) | <input type="checkbox"/> | | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により吸引の実施が困難な場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 6 ネブライザーの管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点 | | | | | | |
| 7 経管栄養 | (1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、 食道瘻 | <input type="checkbox"/> | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により栄養管を抜去する/損傷させる可能性がある場合(2点) | | それ以外の場合 |
| | (2) 持続経管注入ポンプ使用 | <input type="checkbox"/> | 3点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により注入ポンプを倒す可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など) | <input type="checkbox"/> | | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により中心静脈カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点) | | それ以外の場合 |
| 9 皮下注射 注)いずれか一つを選択 | (1) 皮下注射(インスリン、麻薬など) | <input type="checkbox"/> | 5点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点) | | それ以外の場合 |
| | (2) 持続皮下注射ポンプ使用 | <input type="checkbox"/> | 3点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動等により持続皮下注射ポンプを抜去する可能性がある場合(1点) | | それ以外の場合 |
| 10 血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む) 注)インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を 加点しない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 血糖測定 | | |
| 11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む) | <input type="checkbox"/> | | 8点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動 | | |
| 12 導尿 注)いずれか一つを選択 | (1) 利用時間中の間欠的導尿 | <input type="checkbox"/> | 5点 | | | | | | |
| | (2) 持続的導尿(尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎 瘻、尿路ストーマ) | <input type="checkbox"/> | 3点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動 | | |
| 13 排便管理 注)いずれか一つを選択 | (1) 消化管ストーマ | <input type="checkbox"/> | 5点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 自発運動 | | |
| | (2) 摘便、洗腸 | <input type="checkbox"/> | 5点 | | | | | | |
| | (3) 洗腸 | <input type="checkbox"/> | 3点 | | | | | | |
| 14 痙攣時の 坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 | <input type="checkbox"/> | | 3点 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 痙攣が10分以上重積する可能性 高い場合(2点) | うち何度も繰り返す可能性が 高い | それ以外の場合 |

児童発達支援、放課後等デイサービスは、<日中>の点数をもとに、医療的ケア区分を決定してください。

医療型短期入所は、<夜間>の点数をもとに、16点以上かどうかを確認してください。

| | | | |
|------------|-------------|--------------|--------------|
| (a)基本スコア合計 | (b)見守りスコア合計 | (a)+(b)判定スコア | (a)+(b)判定スコア |
| <日中> <夜間> | | <日中> <夜間> | |

旧判定スコアから新判定スコアの置き換え方法

○ 旧判定スコアの点数を、相当する新判定スコアの点数を置き換えるとともに、新判定スコアで今回新たに追加された医療的ケア(灰色塗り)に該当する場合は当該点数を追加し、合計点数を算出する。

旧判定スコア

| 医療的ケア(診療の補助行為) | 該当に☑ | スコア |
|-----------------------------|--------------------------|-----|
| レスピレーター管理 | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 気管内挿管, 気管切開 | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 鼻咽頭エアウェイ | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| O2 吸入又は SpO2 90%以下の状態が10%以上 | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| 1回/時間以上の頻回の吸引 | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 6回/日以上以上の頻回の吸引 | <input type="checkbox"/> | 3点 |
| ネブライザー 6 回/日以上または継続使用 | <input type="checkbox"/> | 3点 |
| 経管(経鼻・胃ろう含む) | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| 腸ろう・腸管栄養 | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 持続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時) | <input type="checkbox"/> | 3点 |
| IVH | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| | | |
| | | |
| | | |
| 継続する透析(腹膜灌流を含む) | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 定期導尿3 回/日以上 | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| | | |
| 人工肛門 | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| | | |
| | | |
| | | |
| 旧判定スコア点数 | | 点 |

新判定スコア

| 医療的ケア(診療の補助行為) | 該当に☑ | 基本スコア | |
|---|------------------------------------|--------------------------|----|
| 1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注) 人工呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。 | <input type="checkbox"/> | 10点 | |
| 2 気管切開の管理 | <input type="checkbox"/> | 8点 | |
| 3 鼻咽頭エアウェイの管理 | <input type="checkbox"/> | 5点 | |
| 4 酸素療法 | <input type="checkbox"/> | 8点 | |
| 5 吸引(口鼻腔・気管内吸引) | <input type="checkbox"/> | 8点 | |
| 6 ネブライザーの管理 | <input type="checkbox"/> | 3点 | |
| 7 経管栄養 | (1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻 | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| | (2) 持続経管注入ポンプ使用 | <input type="checkbox"/> | 3点 |
| 8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など) | <input type="checkbox"/> | 8点 | |
| 9 皮下注射 注) いずれか一つを選択 | (1) 皮下注射(インスリン、麻薬など) | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| | (2) 持続皮下注射ポンプ使用 | <input type="checkbox"/> | 3点 |
| 10 血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む) 注) インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を加点しない。 | <input type="checkbox"/> | 3点 | |
| 11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む) | <input type="checkbox"/> | 8点 | |
| 12 導尿 注) いずれか一つを選択 | (1) 間欠的導尿 | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| | (2) 持続的導尿(尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿路ストーマ) | <input type="checkbox"/> | 3点 |
| 13 排便管理 注) いずれか一つを選択 | (1) 消化管ストーマ | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| | (2) 利用時間中の摘便、洗腸 | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| | (3) 利用時間中の浣腸 | <input type="checkbox"/> | 3点 |
| 14 痙攣時の 坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 | <input type="checkbox"/> | 3点 | |
| 経過措置としての新判定スコア点数 | | 点 | |

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

→

旧判定スコアから新判定スコアの置き換え方法

○ 旧判定スコアの点数を、相当する新判定スコアの点数を置き換えるとともに、新判定スコアで今回新たに追加された医療的ケア(灰色塗り)に該当する場合は当該点数を追加し、合計点数を算出する。

旧判定スコア

| 医療的ケア(診療の補助行為) | 該当に☑ | スコア |
|-----------------------------|--------------------------|-----|
| レスピレーター管理 | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 気管内挿管, 気管切開 | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 鼻咽頭エアウェイ | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| O2 吸入又は SpO2 90%以下の状態が10%以上 | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| 1回/時間以上経口吸引 | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| 継続する透析(腹膜灌流を含む) | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 定期導尿3回/日以上 | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| 人工肛門 | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| 旧判定スコア点数 | | 点 |

○ 医療行為の該当の有無は、医師でないと判断できないものではありません。
○ 医師の確認がないことから「該当なし」とは取り扱わず、保護者や事業所への聞き取りにより該当の有無を判定してください。

新判定スコア

| 医療的ケア(診療の補助行為) | 該当に☑ | 基本スコア |
|--|-------------------------------|--------------------------|
| 1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注)人口呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。 | <input type="checkbox"/> | 10点 |
| 2 気管切開の管理 | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 3 鼻咽頭エアウェイの管理 | <input type="checkbox"/> | 5点 |
| 4 酸素療法 | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 5 吸引(口鼻腔・気管内吸引) | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 6 ネブライザーの管理 | <input type="checkbox"/> | 3点 |
| 7 経管栄養 | (1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻 | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 持続経管注入ポンプ使用 | <input type="checkbox"/> |
| 8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など) | <input type="checkbox"/> | 8点 |
| 9 皮下注射 注)いずれか一つを選択 | (1) 皮下注射(インスリン、麻薬など) | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 持続皮下注射ポンプ使用 | <input type="checkbox"/> |
| 10 血糖測定(持続血糖測定器に注)インスリン持続皮下注射ポンプを加点しない。 | | |
| 11 継続的な透析(血液透析、濾過) | | |
| 12 導尿 注)いずれか一つを選択 | | |
| 13 排便管理 注)いずれか一つを選択 | (1) 経肛門排便 | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 利用時間中の浣腸 | <input type="checkbox"/> |
| 14 痙攣時の坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 | <input type="checkbox"/> | 3点 |
| 経過措置としての新判定スコア点数 | | 点 |

○ 新判定スコアでは、＜日中＞、＜夜間＞に分けて点数を把握しますが、経過措置の取扱いでは、この点数が＜日中＞、＜夜間＞の共通の点数になります。